UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNEE 1970 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPENDICITE LIEE A LA GRAVIDO-PUERPERALITE

(A PROPOS DE SEPT CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le ..... Juin 1970

par

BOUDIAF Abderrachid

Né le 11 Février 1942 à M'SILA

Membres du Jury :

MM. **M. BONAFOS.** Professeur Chaire de Gynécologie et d'Obstétrique — Président
R. LECANNELIER. Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique — JUGES
M.C. MOSTEFAI. Maître de conférence Agrégé en Cardiologie — JUGES
T. KLOUCHE. Maître de conférence Agrégé en Chirurgie — JUGES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536522_0017

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNEE 1970 N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPENDICITE LIEE A LA GRAVIDO-PUERPERALITE

(A PROPOS DE SEPT CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le ..... Juin 1970

par

BOUDIAF Abderrachid

Né le 11 Février 1942 à M'SILA

Membres du Jury :

MM. **M. BONAFOS.** Professeur Chaire de Gynécologie et d'Obstétrique — Président

R. LECANNELIER. Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique — JUGES

M.C. MOSTEFAI. Maître de conférence Agrégé en Cardiologie — JUGES

T. KLOUCHE. Maître de conférence Agrégé en Chirurgie — JUGES

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

A mon Père

A ma Mère

Avec toute mon affection

A tous les miens

A tous mes amis

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur BONAFOS

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique

Pour l'honneur que vous nous faites de présider le jury de notre thèse.

Pour l'eminent exemple que vous nous avez donné en toutes circonstances, en sachant allier à vos remarquables qualités d'homme de science un sens profond de l'humain.

Soyez assuré de notre profonde admiration et reconnaissance, et de notre fidèle attachement.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur LECANNELIER
Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante attention que vous avez eu à notre égard.

Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant le sujet de cette thèse et pour l'aide inlassable que vous n'avez cessé de nous prodiguer tout au long de son élaboration.

C'est avec émotion que nous vous prions de croire à notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé MOSTEFAI
Maître de conférence agrégé en cardiologie

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante attention que vous avez eu à notre égard durant notre stage de Cardiologie.

Nous vous avons toujours considéré comme un père.

A Monsieur le Professeur agrégé KLOUCHE
Maître de conférence agrégé en chirurgie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites de siéger dans notre jury.

Veuillez trouver ici nos remerciements les plus vifs pour avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur BOUDIAF

Pour s'être intéressé à ce travail

Pour l'aide fraternelle qu'il nous a prodiguée.

INTRODUCTION

L'association appendicite et gravido puerpéralité concerne toutes les appendicites qui surviennent au cours de la gestation, du travail et du post-partum immédiat.

Nous nous sommes intéressés à cette affection car c'est une association peu fréquente et d'une gravité certaine, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Tout au long de notre travail nous avons essayé, à propos de sept cas, de faire ressortir cette gravité et d'en expliquer les raisons.

CONSIDERATIONS GENERALES

- En I848 HANCOCK rapporte dans le " lancet " la première observation vraisemblable d'appendicite au cours de la grossesse. Il s'agissait d'un abcès appendiculaire opéré chez une femme enceinte de 5 mois.

- Nous devons à KORN la première observation anatomiquement vérifiée. Devant la société de Gynécologie de DRESDE, il présenta en I885 le cas d'une femme morte au sixième mois de sa grossesse de péritonite aiguë et dont l'autopsie montrait un appendice perforé. Jusque vers le I9° siècle nous trouvons dans la littérature des noms étrangers, surtout Américains : En I886, REGINALD FILZ, isole l'appendicite comme entité clinique. Pendant l'année I890-I89I, les auteurs Américains STIMSON, HIRST, WIGGIN rapportent plusieurs cas.

- Paul F. MUNDE, ABRAHAMS, MIXTER, MAC ARTUR, à partir de l'année I894 insistent sur :

- la prédisposition des femmes enceintes à l'appendicite,

- la gravité particulière de cette complication au cours de l'état gravido-puerpéral,

- la nécessité d'une thérapeutique chirurgicale.

Pendant toute cette période, on confondait le plus souvent chez la femme enceinte, l'appendicite et des affections comme l'occlusion intestinale aiguë, et la péritonite. De la malade qui présentait par exemple des signes péritonéaux, on disait qu'elle mourait de péritonite, laquelle en réalité, ne représentait que la forme évolutive de l'appendicite.

- C'est en I897 que TUFFIER et LEGENDRE publient la première observation française d'appendicite et de puerpéralite.

- BOUILLER à LYON, consacre sa thèse à ce sujet,

- DIEULAFOY en fait le sujet d'une de ses leçons cliniques.

- La première étude d'ensemble revient à PINARD qui en I898, réunit 45 observations. Il aboutit aux conclusions suivantes :

- l'appendicite peut survenir à l'importe quel moment de la grossesse, qui semble être un facteur prédisposant.

- L'appendicite pendant la gestation est à la fois très grave pour la mère et pour l'enfant.

- Le diagnostic de l'appendicite est possible et même facile pendant la gestation, en se basant sur les signes classiques de DIEULAFOY.

- La précocité du diagnostic est capitale pour le traitement.

- L'intervention en présence d'une appendicite liée à l'état gravido-puerpéral, doit être encore plus précoce que de coutume. Si l'intervention est faite en temps opportun, le pronostic devient beaucoup moins sombre.

- Nous aurons à discuter plus loin la valeur de ces premières conclusions.

- A partir de I900 et jusqu'à nos jours, vont se succeder de nombreuses études statistiques. La difficulté du diagnostic et les problèmes thérapeutiques, donnent naissance à de nombreux travaux :

. Ce sont ceux de BOISE en I903 qui réunit 76 cas, STOEHLER (I906, 28 cas) JEANNIN et BRINDEAU.

Citons encore parmi les plus remarqués, les noms de VIGNES, PORTES et SEGUY.

MERGER a relevé 20 cas d'appendicites en I2 ans à la Clinique Tarnier dont 4 péritonites avec 3 décés. LAFFONT et EZES ont opéré I9 appendicites à chaud à la Maternité d'ALGER en 5 ans : ils ont trouvé trois péritonites et déploré chaque fois la mort.

Tous ces travaux révèlent :

. la gravité de cette complication de la gravido-puerpéralité.

. La difficulté accrue du diagnostic.

. Un facteur aggravant pour l'évolution, le travail qu'il soit d'accouchement ou d'avortement.

. Tel ou tel signe particulier, par exemple celui de la contraction permanente de l'utérus.

. Le traitement toujours chirurgical.

Après avoir exposé nos observations personnelles, nous proposons d'envisager successivement à leur propos et à l'aide des différents travaux que nous avons consultés :

- L'ETIOLOGIE ET LA PATHOGENIE
- L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- LA SYMPTOMATOLOGIE ET LES FORMES CLINIQUES.
- L'EVOLUTION ET LE PRONOSTIC
- LE DIAGNOSTIC
- LE TRAITEMENT.

RÉSUME DE NOS

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

N° dossier Hôpital = 295

NOM : Mme C..... Saadia — AGE : 25 ans

AGE DE LA GROSSESSE : 4,5 mois. — ADMISE LE : 26/I/1969

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Syndrôme douloureux abdominal avec :

- arrêt des matières et des gaz
- Vomissements,

d'installation brutale chez une femme enceinte de quatre mois et demi.

ANTECEDENTS :

Physiologiques : Menarchies à 14 ans ; cycles réguliers ; mariage à 14 ans

Personnels

Obstetricaux : 3 G.N. 3.AN. 2 EVBP. 1 DCD.

Pathologiques : épisode douloureux aigu de l'abdomen il y a 3 mois.

Familiaux : R. A. S.

TABLEAU CLINIQUE

- SIGNES GENERAUX : Etat général peu altéré
  Température 37°8.
- SIGNES FONCTIONNELS : Douleurs abdominales généralisées.
  Arrêt des matières et des gaz
  Vomissements alimentaires.

SIGNES PHYSIQUES :

- Météorisme abdominal avec ballonement important.
- Contracture utérine.

T.V. : cul de sac latéral droit douloureux.

SIGNES RADIOLOGIQUES :

- Aérocolie importante
- Pas de niveaux liquidiens.

RESUME DE L'OBSERVATION :

Il s'agit d'une jeune femme ~~enceinte de~~ 4,5 mois qui présente un tableau d'occlusion ~~sub-febril~~ et chez laquelle ~~on note dans~~ ses antécédents : un syndrôme douloureux aigu il y a 3 mois (de l'hypochondre droit).

DECISION THERAPEUTIQUE : Laparotomie exploratrice. Dr.BOUAYAD SOUMARE

INTERVENTION (le jour même de l'hospitalisation).

Sous anesthésie générale incision sur la ligne médiane sous ombilicale. On trouve un côlon dilaté. Foie et rate normaux.

On décide la fermeture de l'incision médiane pour réaliser une incision iliaque oblique. Celle-ci permet d'extérioriser un gros appendice lardacé ayant contracté des adhérences avec la trompe droite. Appendice dont on ne peut faire l'exérèse que par voie rétrograde.

Fermeture sur drain extériorisé en un point déclive.

DIAGNOSTIC OPERATOIRE : appendicite aiguë

SUITES OPERATOIRES : Simples

Traitement antibiotique + Progesterone.
Bonne évolution de la gestation.
Malade sortie en bonne santé.
Le 5/2/1969 évolution de l'accouchement ultérieur.
Malade n'a pas accouché à l'hôpital.

// OBSERVATION N° 2 // N° dossier Hôpital = I95

NOM : Mme M.... Dina — AGE : 25 ans

AGE DE LA GROSSESSE : 4,5 mois — ADMISE LE : 8/6/I969

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Tableau toxi infectieux sévère chez une femme enceinte de quatre mois et demi.

ANTECEDENTS

- Physiologiques et
- Obstétricaux

) Menarchies I4 ans
) Cycles réguliers 28 j., durée 4 j.
) I° mariage 27 ans IABRT 5 mois
) 2° mariage 32 ans 2° g. NULLIPARE

- Pathologiques : R.A.S.

TABLEAU CLINIQUE :

- Début : syndrôme douloureux de la fosse iliaque gauche sans vomissements suivi de troubles du transit à type de constipation, de température et de brûlures mictionnelles. Pas de traitement jusqu'à l'hospitalisation 4 jours après.

- Tableau à l'entrée :

. signes généraux = altération de l'état général
signes de déshydratation
température à 39°.

. Signes fonctionnels = " vomito negro "
constipation.

. Signes physiques = ballonement abdominal important
la palpation même douce est douloureuse
défense généralisée de la paroi
pas de point électif à la F.I.D.
l'utérus est contracturé, ses limites sont difficiles à préciser.

- TV = culs de sacs douloureux. Le doigtier ramène des pertes fétides.

- Signes radiologiques : niveaux hydro aériques.

RESUME DE L'OBSERVATION : il s'agit d'une jeune femme enceinte de 4,5 mois, qui présente un tableau d'occlusion accompagné d'un syndrome toxi infectieux sévère. Il est a noté le mode de début (douleur au niveau de la ID).

DECISION THERAPEUTIQUE : Laparotomie exploratrice.

Opérateurs : Dr. ARKAM - GUIDOUM - OUAHEMED

INTERVENTION : (le jour même de l'hospitalisation)

La parotomie médiane à cheval sur l'ombilic.
Les anses intestinales baignent dans un liquide purulent; un tablier épiploïque infiltré. Il s'agit d'une péritonite purulente. La recherche d'une étiologie montre l'existence d'un appendice perforé et gangréné.

On constate également une inflammation de la trompe et des ovaires.

- Appendicectomie
- Toilette péritonéale = antibiotiques
- Fermeture en 2 plans.

DIAGNOSTIC OPERATOIRE : péritonite appendiculaire à forme occlusive.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE : appendicite avec infection péri-appendiculaire.

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiates favorables. Cependant malgré un traitement conservateur à la Progestérone retard et d'Ethinyl oestradiol, sept jours après l'intervention expulsion d'un foetus mort.

- Sortie le 18/6/1969

// OBSERVATION N° 3 // N° dossier Hôpital = 3482

NOM : Mme R.... Fadila — AGE : 27 ans

AGE DE LA GROSSESSE : 3 mois — ADMISE LE : 29/7/1967

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Syndrôme abdominal aigu avec vomissements chez une jeune femme enceinte de 3 mois.

ANTECEDENTS :

Personnels
- Physiologiques : Ménarchies 13 ans ; Cycles réguliers
- Obstétricaux : IIIe Geste ; II° Pare
- Pathologiques : R.A.S.

TABLEAU CLINIQUE :

- Signes généraux : état général conservé
  Température à 38°
- Signes fonctionnels : douleurs généralisées
  Vomissements.
- Signes physiques : Défense abdominale généralisée
  Ventre de bois.
- TV : non douloureux.

RESUME DE L'OBSERVATION :

Tableau de péritonite chez une femme enceinte de 3 mois.

DECISION THERAPEUTIQUE : Laparotomie exploratrice.

INTERVENTION :

Opérateurs : Dr. BOUDIAF - OUAHMED

A l'ouverture de l'abdomen on trouve du pus. On retire 400 à 500 cc de pus. Les anses grêles sont adhérentes. Après libération du caecum on découvre un appendice gangréné, rétrocoecal.

Appendicectomie.

Fermeture sans drain.

SUITES OPERATOIRES : bonnes.

La malade est sortie en bonne santé le 9/8/1967.

Bonne évolution de la grossesse.

// OBSERVATION N° 4 // Dossier Hôpital N° = 2014

NOM : M..... Dahbia AGE : 32 ans

AGE DE LA GROSSESSE : 7 mois ADMISE LE : 27/I/1968

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Syndrôme péritonéal avec vomissements importants et altération de l'état général chez une femme enceinte de 7 mois.

TABLEAU CLINIQUE :

- Signes généraux : altération de l'état général
  température à 38°
- Signes fonctionnels : " Vomito Negro ".
  Vomissements abondants et noirâtres
  Arrêt des matières et des gaz
  Dysurie. Pollakiurie
- Signes physiques : contracture abdominale avec prédominance des signes au niveau du flanc droit.
- Signes radiologiques : niveaux liquidiens.

RESUME DE L'OBSERVATION :

Au total il s'agit d'un syndrôme péritonéal évoquant une péritonite appendiculaire.Devant l'association de signes urinaires, on fait une analyse bactériologique des urines qui s'avère négative et celà pour éliminer une pyélite. L'attente de cet examen oblige à temporiser quelques heures.

DECISION THERAPEUTIQUE : intervention chirurgicale.

INTERVENTION : (même jour que l'hospitalisation).
Opérateurs : Dr. BOUDIAF, N.AIT-MOKHTAR.
Incision de JALAGUIER.

On est mis en présence d'une péritonite purulente généralisée. Après libération épiploïque on note ur appendice perforé au niveau de son insertion coecale.

Appendicectomie. Fermeture après mise en place de deux drains.

SUITES OPERATOIRES :

- Satisfaisantes pour la mère
- Sortie I5 jours après intervention en bonne santé.

Cependant accouchement d'un mort né macéré 8 jours après l'intervention.

// OBSERVATION N° 5 // N° dossier Hôpital : 203

NOM : Mme M.... Saadia — AGE : 26 ans

AGE DE LA GROSSESSE : 6 mois — ADMISE LE : 26/5/1968

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Menace d'accouchement prématuré chez une femme enceinte de 6 mois et à l'état général très altéré.

ANTECEDENTS

Obstétricaux) III° Geste
) III° Pare

TABLEAU CLINIQUE :

- Signes généraux : altération de l'état général
  tachycardie importante
  Déshydratation
- Signes fonctionnels : douleurs abdominales généralisées.
  Vomissements abondants.
- Signes physiques : contracture utérine.
- Examen obstétrical : métrorragies
- TV : col dilaté en voie d'effacement
- Signes radiologiques : RSP de l'abdomen montre des niveaux liquidiens.

EVOLUTION : la malade accouche d'un enfant vivant de sexe féminin pesant 1,440 kg.

Devant la persistance des signes abdominaux et sur la vue des clichés radiologiques on décide d'intervenir.

RESUME DE L'OBSERVATION :

il s'agit d'un syndrôme abdominal aiguë chez une femme enceinte de 6 mois. En travail, le diagnostic n'est évoqué qu'après l'accouchement.

DECISION THERAPEUTIQUE : laparotomie exploratrice

INTERVENTION :

Operateurs : Dr. BOUDIAF

Incision : laparotomie médiane sous ombilicale. Elle montre l'existence de quantités importantes de pus verdâtre et des adhérences épiploïques. On découvre un appendice perforé. Appendicectomie. Fermeture sans drain.

SUITES OPERATOIRES : bonnes.

La malade est sortie en bonne santé IO jours après.

Enfant D.C.D.

// OBSERVATION N° 6 // N° dossier Hôpital - I8/69

NOM : Mme T..... Aïcha AGE : 38 ans

AGE DE LA GROSSESSE : post-partum éloigné ADMISE LE : 26/I/I969

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Malade grande multipare admise pour un syndrôme douloureux pelvien des suites des couches d'installation brutale.

ANTECEDENTS :

Obstétricaux : grande multipare

Accouchement : à la maison il y a un mois E.V.B.P.

Pathologiques : R.A.S.

TABLEAU CLINIQUE :

- Signes généreux : état général très altéré avec cyanose des lévres et des extrémités.

Température à 40°

- Signes fonctionnels : douleurs abdominales pelviennes à prédominance droite.

Diarrhées très importantes.

- Signes physiques : défense généralisée de l'abdomen à prédominance droite avec un point électif douloureux au niveau du Mac Burney.

- TV : culs de sacs douloureux;
doigtier ramène des pertes purulentes.

RESUME DE L'OBSERVATION :

Syndrôme abdominal aigu avec point douloureux électif au niveau du Mac Burney chez une femme ayant accouché chez elle il y a un mois; plus un tableau toxi infectieux sévère qui préjuge d'un pronostic sombre.

DECISION THERAPEUTIQUE :

l'intervention chirurgicale est décidée dès l'admission de la malade et ce après dans une réanimation pré-opératoire adequate.

INTERVENTION :

Incision médiane sous ombilicale.

Opérateurs : Dr. BOUDIAF

Dr. AIT MOKHTAR.

A l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'un liquide purulent qu'on aspire. Le péritoine pariétal et l'intestin grèle sont hyperhémiés.

L'exploration de l'appareil génital montre :

- un utérus plus ou moins involué
- Trompes rouges
- Des ovaires congestionnés baignant dans un liquide purulent.
- L'appendice est gangréné
- Appendicectomie, fermeture sans drain.

SUITES OPERATOIRES :

On ne note aucune amélioration dans le tableau toxi-infectieux qui malgré un traitement intensif aux antibiotiques va en s'aggravant. La malade est décédée le lendemain de l'intervention.

// OBSERVATION N° 7 // N° dossier Hôpital : 4477

NOM : C..... Zoubida — AGE : 27 ans

AGE DE LA GROSSESSE : 4 mois — ADMISE LE : 24/9/1967

MOTIF DE L'HOSPITALISATION :

Syndrôme douloureux de la fosse iliaque droite avec vomissements chez une femme enceinte de 4 mois.

ANTECEDENTS :

Physiologiques	Ménarchies 14 ans Cycles réguliers.
Obstétricaux	Quatrième Geste Troisième Pare
Pathologiques	R. A. S.

TABLEAU CLINIQUE :

- Signes généraux : bon état général
  Température à 38°
- Signes fonctionnels : vomissements
  douleurs spontanées au niveau de la FID
- Signes physiques : défense pariétale au niveau du Mac Burney
  Psoïtis.

RESUME DE L'OBSERVATION :

Tableau d'appendicite aiguë chez une jeune femme enceinte de quatre mois.

DECISION THERAPEUTIQUE : Laparotomie exploratrice.

INTERVENTION :

Opérateurs : WAEZ BAZARBACHI

Incision de Mac Burney.

A l'ouverture du péritoine on constate la présence d'une lame liquidienne louche. L'appendice est rétrocoecal, gros, entouré de fausses membranes. Evacuation de la lame liquidienne.

Appendicectomie.

Fermeture sans drain.

SUITES OPERATOIRES :

Bonnes. Malade sortie le 2/10/1967 en bonne santé.

NOM ET N° Obs.	A G E	ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES	ANTECEDENTS OBSTETRICAUX
N°I C.... Saadia	25	Ménarchies à I4 ans Cycle régulier Mariage à I4 ans	3. G.N. 3. A.N. 2 E.V.B.P. I D.C.D.
N°2 M..... Dina	34	Ménarchies à I4 ans Cycles réguliers I8 jour Ier M.27 ans, 2°M.32 ans	2° geste Nullipare
N°3 R... Fadila	27	Ménarchies I3 ans Cycles réguliers	3° geste 2° pare
N°4 H.... Dahbia	32		Multipare
N°5 M.... Saadia	26		3° Geste 3° Pare
N°6 T.... Aïcha	38		Grande. Multipare Acc. il y a un mois à la maison
N°7 C.... Zoubida	27	Ménarchies à I4 ans Cycles réguliers	4° Geste 3° Pare

ANTECEDENTS PATHO-LOGIQUES OBSTETRICAUX	ANTECEDENTS PATHO-LOGIQUES GENERAUX	AGE DE LA GESTATION ACTUELLE EN MOIS
0	Episode douloureux aigû de l'abdomen il y a 3 mois	4,5
I ABRT 5 mois au premier mariage	0	4,5
0	0	3
0	0	7
0	0	6 parturiente en travail
0	0	suites des couches
0	0	4

S Y M P T O M A T O L O G I E

Syndrôme douloureux	Syndrôme digestif	Syndrôme génital	Syndrôme général
douleurs généralisées	Vomissements AMG ballonement	Contracture utérine	T°37° 8
F.I.G.	Syndrôme occlusif + " Vomito Negro "	Contracture utérine	Syndrôme toxi-infectieux T°39°
Douleurs Généralisées	Syndrôme péritonéal. Ventre de bois		T°38°
F.I.D.	Syndrôme occlusif avec A.M.G. " Vomito Negro " Contrac. Abdo. + F.I.D.		T°38°. Altération de l'état général
Douleurs généralisées	Vomissements +++	Contracture utérine. Menace acc. prématuré Femme en travail	Altération de l'état général
Prédominant à F.I.D.	Diarrhé. Défense abdominale avec Mac Burney ++		Syndrôme toxi-infectieux T° 40°
Prédominant à F.I.D. avec psoïtis	Défense pariétale avec Mac Burney ++		Bon état général T° 38°

Diagnostic évoqué	Intervention après début des signes	Formes anatomiques	Incision	Drainage
Appendicite ou occlusion	24 heures	Appendicite aiguë Appendice gros	L.M.S.O. puis Incision iliaque oblique	0
Menace ABRT ou occlusion	4 jours	Péritonite appendiculaire. Appendice perforé gangréné	L.M.S.O.	0
Syndrôme péritonéal	48 heures	Appendice gangréné rétrocoecal	L.M.S.O.	0
Pyélite et appendicite aiguë		Péritonite purulente appendice perforé	JALAGUIER	2 drains
Menace d'accouchement prématuré		Péritonite purulente appendice perforé	L.M.S.O.	0
Syndrôme péritonéal	24 heures	Appendice gangréné Péritonite purulente	L.M.S.O.	0
Appendicite	24 heures	Appendicite rétro-coecal + lame de pus et fausses membranes	Mac Burney	0

Evolution post-opératoire	Evolution de la grossesse	Pronostic maternel	Pronostic foetal
Bonne	Bonne	Bon	Bon
Bonne	Expulsion du foetus 7 jours après intervention.	Bon	Mauvais
Bonne	Satisfaisante	Bon	Bon
Bonne	Accouchement d'un mort-né macéré.	Bon	Mauvais
Bonne	Accouchement prématuré d'un enfant pesant I,440 kg,vivant.Mais décédé peu après.	Bon	Mauvais
Décés	Suites de couches	Mauvais	
Bonne	Bonne	Bon	Bon

SIGNES CLASSIQUES DE L'APPENDICITE LIEE

					SIGNES GENERAUX	
NOM	AGE	N° OBS.	AGE GROSS.	PARITE	E.G. Bon	T° 38
C..... Saadia	25	I	4 ½	3° G. 3° P.	+	37° 8
M... Mina	34	2	4 ½	2° G. 0 P.		
R.... Fadila	27	3	3	3° G. 2° P.		38°
H.... Dahbia	32	4	7	Multipare		38°
M.... Saadia	26	5	6	3° G. 3° P.		
T..... Aïcha	38	6	Suites de couches	Grande multipare		
E.... Zoubida	27	7	4	4° G. 3° P.	+	+ 38°

A LA GRAVIDO - PUERPERALITE

SIGNES FONCTIONNELS				SIGNES PHYSIQUES				
V.O.	CONSTIP.	DIRRH	DOUL. SPONT.	HYPERS. CUTANE	PAS DE CONT.AB	CONTRAC UTERINE	TV DOUL! C.S.Dt.	MAC BURNEY
+						+		
	+					+	+	
+								
			+					
++						+		
		+						+
+			+					+

SIGNES PARTICULIERS RELEVES

N° des Observ.	SIGNES GENERAUX	SIGNES FONCTIONNELS
I	En accord avec le tableau classique	- Douleurs généralisées - Arrêt des matières et des gaz - ballonement
2	Mauvais état général Signes de deshydratation Température à 39° Pouls très acceléré	- Vomissements importants et noirâtres " vomito negro "
3	Mauvais état général	Douleurs généralisées
4	Mauvais état général	- Arrêt des matières et des gaz - Vomissements importants noirâtres " vomito négro ".
5	Mauvais état général Deshydratation Tachycardie importante	- Douleurs généralisées
6	Etat général très altéré Température à 40° Pouls très rapide	- Douleurs abdominales pelviennes à prédominance droite. - Diarrhées très importantes
7	Tableau en accord avec le tableau classique.	

DANS NOS OBSERVATIONS

SIGNES PHYSIQUES	CONCLUSIONS
	Il s'agit d'un tableau d'occlusion chez une femme au bon état général, à la température peu élevée, présentant un signe d'orientation important : la contracture utérine.
Ballonement abdominal important. Défense généralisée de la paroi sans point électif douloureux à la FID TYMPANISME IMPORTANT	Il s'agit d'un tableau d'occlusion intestinale aiguë avec syndrôme toxi-infectieux important. Il est à noter les images hydro-aériques à la RSP de l'abdomen.
Défense abdominale Ventre en bois	Il s'agit d'un syndrôme péritonéal franc avec une température à 38°
Contracture abdominale généralisée, prédominante au niveau de la FID	Il s'agit d'un tableau d'occlusion chez une femme au mauvais état général. La température est à 38°
	Il s'agit d'une femme au mauvais état général, en travail (métrorragies, col dilaté au TV) présentant des vomissements importants.
Défense généralisée de l'abdomen à prédominance droite avec un point douloureux au Mac Burney. Doigtier ramène des pertes purulentes.	Il s'agit d'une femme ayant accouchée il y a un mois à la maison, qui présente à l'entrée un syndrôme toxi-infectieux sévère avec défense généralisée de l'abdomen et un point douloureux au Mac Burney.
	Il s'agit d'une femme qui présente un tableau typique d'appendicite aiguë

L I N I Q U E

Nous commencerons par étudier la symptomatologie classique de l'appendicite liée à la gravido-puerpéralité telle qu'elle est décrite par les différents auteurs.

Ensuite nous ferons une étude comparative d'avec la symptomatologie telle qu'elle nous est apparue lors de l'analyse de nos observations.

A la fin de cette étude comparative, nous verrons quelles sont les conclusions valables que l'on peut en tirer.

I/ // SYMPTOMATOLOGIE CLASSIQUE //

Dans les premiers mois l'appendicite n'est pas différente de celle que l'on rencontre en dehors de la gravido-puerpéralité. Par contre à partir de la seconde moitié de la gestation, c'est à dire au cinquième mois, des variations cliniques apparaissent et s'intensifient à mesure que l'on se rapproche du terme avec un maximum d'intensité au moment du post-partum immédiat qu'on limite au septième jour des suites de couches.

Nous décrirons successivement :

- les symptômes généraux
- les signes fonctionnels
- les signes physiques
- les formes cliniques.

A/ LES SIGNES GENERAUX

Ils sont peu marqués ou absents.

. L'état général est conservé tout au moins au début de la crise appendiculaire. Le faciès est peu altéré.

. La température est variable, mais elle ne dépasse guère 38°. On a signalé cependant certaines formes graves d'appendicites liées à la gravido-puerpéralité qui sont hypothermiques.

. Le pouls accompagne la température dont il suit les variations.

B/ LES SIGNES FONCTIONNELS

Il sont rarement absents.

. Les nausées et les vomissements sont assez constants. Ils sont décrits dans toutes les publications. Ils sont d'intensité moyenne, parfois très prononcés. Ils se confondent aisèment avec les vomissements graves du début de la grossesse. Aussi est-il de bonne règle chez toute femme enceinte, présentant des vomissements graves de penser à éliminer le diagnostic d'appendicite au cours du premier trimestre de la gestation.

. La douleur spontannée est le plus souvent le signe d'appel le plus fidèle. Elle peut sièger dans la fosse iliaque droite, plutôt diffuse que nettement localisée en point de Mac Burney. Elle présente souvent des iradiations épigastriques. Elle peut être enfin épigastrique, très fréquemment.

. L'arrêt des matières et des gaz est fréquent. Il s'agit d'une constipation importante, plus importante que la constipation habituelle des femmes enceintes. Quelquefois elle est remplacée par de la diarrhée. Cependant l'arrêt des gaz est un signe de grande valeur.

C/ SIGNES PHYSIQUES

. Il est à noter qu'ils doivent être recherchés, la malade en décubitus latéral gauche.

. La palpation de l'hypochondre droit décèle une sensibilité de la moitié droite de l'abdomen. Le siège en est variable, souvent dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney, mais on peut parfois reveiller la douleur à la palpation de la région épigastrique ou au voisinage de l'ombilic.

- Il y a une hypersthesie cutanée

- La contracture, signe majeur de toute irritation du péritoine est souvent absente.

Ceci est expliqué par le fait de la distension de la paroi au-devant de l'utérus gravide et son relâchement sous l'influence de l'imbibition gravidique qui empêchent la constitution d'une contracture, surtout en fin de gestation.

- Manoeuvre de BONNET

- La flexion de la cuisse droite sur le bassin, provoque assez régulièrement le réveil de la douleur.

- Le signe de ROWSING (le réveil de la douleur dans la fosse iliaque droite à la palpation de l'angle gauche du côlon) est souvent retrouvé.

- La recherche du point pyélique et des points ureteraux supérieur et moyen est souvent pontive.

Au toucher vaginal, on réveille une douleur à la palpation du cul de sac latéral droit lorsqu'on refoule l'utérus vers la droite.

- Enfin il est un signe que tous les auteurs considérent comme important : c'est la contraction permanente de l'utérus. Il est d'autant plus important lorsqu'il est accompagné de troubles digestifs ou de réactions péritonéales. COUVELAIRE en fait un signe très précoce qui accompagne le tout début des lésions appendiculaires et dont la valeur comme indication opératoire est considérable.

Son interprétation pathogénique paraît pouvoir l'apparenter à la contracture musculaire de la paroi en cas de réaction péritonéale. De même qu'elle, il traduit une irritation reflexe du myomètre à l'irritation du péritoine viscéral.

II/ // FORMES CLINIQUES //

- Toute la symptomatologie que nous venons de décrire est rarement au complet chez une femme atteinte d'appendicite pendant la gravido-puerpéralité.

- Les formes cliniques sont variables: elles sont envisagées en fonction de l'anatomie et en fonction de l'état gravido-puérpéral.

A/ FORMES ANATOMIQUES

On décrit classiquement en dehors de la localisation anatomique normale de l'appendice :

- des formes pelviennes
- des formes rétro-coecales
- des formes sous hépatiques
- des formes à gauche dans les inversions mésentériques.

Elles représentent souvent des découvertes d'intervention.

B/ FORMES EN FONCTION DE L'AGE DE LA GROSSESSE

Cette distinction chronologique revêt classiquement une importance majeure. Le diagnostic et l'évolution de l'appendicite différent suivant l'époque de la gestation.

- AU DEBUT DE LA GROSSESSE :

" l'appendicite ne différe guère de celle que l'on rencontre en dehors de la gravido-puerpéralité " (MERGER). Le plus souvent il s'agit d'une appendicite banale, non suppurée. Le tableau clinique est assez évocateur pour que le diagnostic soit posé précocément. Les formes suppurées ou avec péritonite diffuse, peuvent se rencontrer, mais elles sont considérées cependant comme peu fréquentes.

- LORS DE LA DEUXIEME MOITIE DE LA GROSSESSE :

à mesure que l'on s'approche du terme le tableau clinique devient frustre, les symptômes peu nets et trompeurs, le diagnostic difficile et le pronostic très grave.

Il y a un contraste saisissant entre la pauvreté des signes cliniques et l'étendue des lésions : " il s'agit en effet le plus souvent d'une péritonite appendiculaire " (MERGER).

- PENDANT LE TRAVAIL :

La symptomatologie est très polymorphe. En effet il est difficile de faire la part des choses, les douleurs n'attirent guère l'attention. Les vomissements peuvent prêter à confusion avec certains travails érmetisants, surtout si l'accouchement se prolonge, la déshydratation du travail s'installe et la fièvre de la parturition s'allume.

" Les vomissements du travail sont des vomissements par troubles métaboliques " (LE CANNELIER). " La température élevée est difficile à ramener à sa juste cause : température d'un travail qui n'est plus normal ou température d'un syndrome appendiculaire " (LECANNELIER).

L'altération du visage est facilement mise sur le compte de la fatigue de l'accouchement. Ce n'est donc qu'après l'accouchement que le diagnostic sera posé.

On a longtemps debattu le fait de savoir si le travail était déclenché parceque l'appendicite était grave ou si l'appendicite devenait grave parceque le travail se déclenchait.

" Dans l'état actuel de nos connaissances il semble bien que sur une appendicite preexistente le travail puisse :

- traumatiser le foyer infectieux
- remanier les adhérences jusque là protectrices,
- favoriser la diffusion des germes dans la grande cavité.

" Mais aussi peut-on se demander si un appendice, enflammé de manière chronique, connaissant une reviviscence aiguë fortuite ou favorisée par les infections fréquentes à colibacilles de la femme enceinte, ne constitue pas une épine irritative qui déclenche des contractions sur un utérus irritable et facilement irrité en fin de gestation " (LECANNELIER).

- DURANT LES SUITES DE COUCHES.

Certaines ne sont que la révélation tardive d'une appendicite qui a commencé en réalité pendant le travail ou même auparavant. Parmi les vraies appendicites des suites de couches, on considère classiquement : les appendicites du post-partum éloigné qui ressemblent aux appendicites habituelles.

Les appendicites du post-partum immédiat qui dure jusqu'au septième jour après l'accouchement. Ces appendicites sont les plus graves : douleurs atténuées, pas de défense pariétale. C'est souvent le le tableau d'une péritonite asthénique grévée d'un syndrôme toni-infectieux sévère.

- FORME CLINIQUE D'UNE APPENDICITE OPEREE AUPARAVANT.

Il s'agit d'un syndrôme douloureux adhérentiel qui va en augmentant pendant la grossesse, susceptible d'entrainer quelquefois des réactions péritonéales intenses, des avortements et des accouchements prématurés spontanés. L'intérrogatoire aura révélé l'appendicectomie et ses circonstances (formes suppurées avec drainage). La chirurgie est de nouveau nécessaire pour libérer les adhérences. La diathermie est réservée aux formes mineures.

LA SYMPTOMATOLOGIE TELLE QUELLE NOUS EST APPARUE LORS DE L'ANALYSE DE NOS OBSERVATIONS :

- ce qui nous a frappé d'emblée lors de l'analyse de nos observations, c'est la gravité et l'intensité des signes cliniques que nous avons rencontrés et ce dès la première moitié de la gestation. Ce qui n'est pas décrit classiquement. Au terme de l'analyse de nos observations nous essayerons d'expliquer le sens de cette gravité.

A/ Appendicite au cours de la première moitié de la gestation.
(quatre observations)

a) Signes généraux :

- l'état général est conservé trois fois sur quatre (observations I, 3, 7).

- Dans une observation (observation n°2) il est altéré avec tableau toxi-infectieux.

- La température ne dépasse pas 38° sauf dans une observation (n° 6).

b) Signes fonctionnels :

La douleur.

- douleurs généralisées dans deux cas (obs. I et 2)
- douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche dans un cas (observation n° 2).
- Douleurs au niveau de la fosse iliaque droite dans un cas (observation n° 7).
- Vomissements = 3 cas (obs. I, 2, 7)
- Vomito Negro = I cas (obs.)n° 3).
- Arrêt des matières et des gaz = trois cas.

c) Signes physiques

- contracture utérine observée deux fois (obs. I, 2)
- Ventre de vois = un cas (obs.)n° 3)
- Contracture de la fosse iliaque droite un cas(obs.7)

En résumé : les douleurs sont constantes de même que les vomissements,mais ce qui est frappant,c'est que le tableau réalisé est un tableau occlusif dans trois cas sur quatre.

B/ Appendicite au cours de la deuxième partie de la gestation (observation n° 4)

- Signes généraux :
  - état général altéré
  - température à 38°

- Signes fonctionnels :

  - douleurs généralisées
  - vomito négro
  - arrêt des matières et des gaz.

- Signes physiques :

  - contracture abdominale généralisée avec prédominance au niveau de la fosse iliaque droite.

" Ici aussi nous sommes en présence d'un tableau occlusif " (MERGER).

- Appendicite au cours du travail (observation n° 5)

Signes généraux :

  - altération de l'état général
  - température non prise
  - tachycardie importante.

- Signes fonctionnels :

  - vomissements très importants.

- Signes physiques :

  - contractures utérines
  - métrorragies
  - au toucher vaginal le col est dilaté.

- Appendicite dans le post-partum (observation n° 6)

-Signes généraux :

  - syndrôme toxi infectieux
  - température à 40°

- Signes fonctionnels :

  - douleurs abdominales généralisées prédominantes à la fosse iliaque droite.
  - Diarrhée.

- Signes physiques :

- défense abdominale avec douleurs électiveau niveau du pointde Mac Burney.

Ici c'est un tableau d'infection puerpérale,seule la douleur élective au point de Mac Burney a permis de faire le diagnostic. De plus contrairement à l'opinion classique,notre observation montre que les signes de l'appendicite du post-partum éloigné ne sont pas toujours comparables aux signes d'une appendicite banale.

Que dire au terme de l'analyse de cette symptomatologie ? Que les signes cliniques de l'appendicite liée à la gravido puerpéralité sont plus accusés et plus graves chez la parturiente algérienne, que la description habituelle de cette affection par les différents auteurs consultés.

Nous pensons que nos observations,différentes de formes généralement observées,concernent des syndrômes appendiculaires qui ont en un laps de temps plus ou moins long avant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Nous n'en voudrons pour preuve que l'observation n° 2 et les appendicites opérées à chaud par LAFFONT et EZES à la Maternité d'ALGER. Sur 19 observations ils ne trouvérent que trois péritonites.

Ce que nous pouvons dire c'est que c'est le manque d'infrastructure sanitaire valable qui fait que nous voyons les formes évoluées arrivées à l'Hôpital.

II- ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

I. FREQUENCE DE L'APPENDICITE LORS DE LA GRAVIDO PUERPERALITE

Depuis PINARD en 1898, l'idée que la gravido puerpéralité faforisel'apparition de l'appendicite, fut pendant de nombreuses années admise.

En fait l'opinion est aujourd'hui unanime à reconnaître que l'appendicite est très rare pendant la gravido puerpéralité. Nous en donnerons pour exemple quelques chiffres publiés par des auteurs sous la fréquence de l'appendicite au cours de la gravido puerpéralité.

- CHROBACK : 13 sur 13.000 accouchements
- BRINDEAU à la Clinique Tarnier = 19 cas sur 36.000 accouchements.
- MUSSEY et GRANE donnent deux pour mille à la Mayo-Clinique.

L'appendicite semble rare lors de la gravido puerapéralité. Qui plus est, nombre de femmes arrivent à l'âge de la gestation ayant subi auparavant une appendicectomie. Aussi il semble qu'on puisse infirmer l'idée parfois encore admise, que la gravido puerpéralité favorise l'apparition de l'appendicite.

II. Influence de la grossesse sur la rédidive de crises appendiculaires.

Beaucoup d'auteurs continuent à penser que la gravido-puerpéralité est un facteur de récidive des crises appendiculaires antérieures.

Le problème est difficile d'ailleurs à trancher car, en l'absence de vérifications anatomiques opératoires, il est délicat d'affirmier catégoriquement le diagnostic d'appendicite devant un tableau douloureux de la FID.

En outre la facilité avec laquelle en présence d'un tableau appendiculaire, l'intervention est le plus souvent pratiquée à la première crise rend assez difficile l'existence de tels cas.

Parmi nos observations nous avons un cas : il s'agit de l'observation n° I où la femme présentait dans ses antécédents (3 mois auparavant) un épisode aigü de l'abdomen.

Beaucoup d'auteurs rapportent des statistiques assez importantes :

REEB : sur I6 cas recueillis, I0 sont des récidives.

SCHMID, sur I62 appendicites et gravido puérpéralité a trouvé I25 fois des récidives.

FEUNER et VIGNES vont jusqu'à affirmer que " toute femme ayant eu une première crise doit récidiver à sa prochaine grossesse " ce qui les conduit à l'appendicectomie prophylactique.

III. A QUEL AGE DE LA GROSSESSE VOIT-ON SURVENIR L'APPENDICITE

Selon R. GIRAUD, 80% des appendicites se voient pendant les six premiers mois de la grossesse.

REEB dans la thèse de son élève I. WHERVNG donne les chiffres suivants :

27 - - - - - - - - - - - - - - -2 à 3 mois
I3 - - - - - - - - - - - - - - 3 à 6 mois
2 - - - - - - - - - - - - - - 6 à 9 mois
I - - - - - - - - - - - - - - suites de couches.

Nous présentons un tableau réalisé avec nos observations :

I - - - - - - - - - - - - - - 3 mois
I - - - - - - - - - - - - - - 4 mois
2 - - - - - - - - - - - - - - 4 mois $\frac{1}{2}$
I - - - - - - - - - - - - - - 6 mois
I - - - - - - - - - - - - - - 7 mois
I - - - - - - - - - - - - - - suites de couches.

Soit 4 cas dans la première partie de la gestation.

2 dans la deuxième partie et 1 dans les suites de couches.

L'appendicite est donc plus fréquente au début de la gravido-puerpéralité, et sa fréquence semble décroitre du début aux suites de couches.

PATHOGENIE

Deux problèmes pathogéniques semblent discutables :

- les circonstances, si elles existent, favorisant l'apparition de l'appendicite au cours de la gravido-puerpéralité,

- les causes de la gravité de l'appendicite au cours de la gravido puepéralité.

A/ Circonstances favorisant l'apparition de l'appendicite :

En fait, nous avons vu que la gravido-puerpéralité ne semble pas favoriser l'éclosion de l'appendicite. Tout-au plus peut elle jouer un rôle prédisposant dans la survenue de récidives. Divers arguments sont invoqués :

- les phénomènes mécaniques ne peuvent jouer dans la pratique de rôle bien précis, on a parlé de " traumatisme utérin "mais cela semble peu probable.

- La fréquence de l'infection coli bacillaire au cours de la grossesse est considérée classiquement comme une cause de l'infection appendiculaire. Pour BAR " l'appendicite est une manifestation de la colibacillose de la femme enceinte au même titre que la pyelonephrite; on peut noter d'ailleurs la co-existence de ces deux complications de la puerpéralité ".

Quant à CLAVEL, il avait insisté sur les connexions nerveuses, existant entre l'appareil urinaire droit et l'appendice. Toute modification pathologique de l'appareil urinaire peut dès lors, pour cet auteur, par l'intermédiaire du plexux solaire et périaortique, retentir sur l'appareil digestif sous la forme clinique d'un syndrôme abdominal, qui masquera alors le véritable trouble rénal. Il s'agit dès lors d'une manifestation purement digestive d'une lésion rénale.

Dans la pratique, il s'agit donc plus d'un problème de diagnostic différentiel, que d'un problème pathogénique.

B/ Les causes de gravité de l'appendicite au cours de la gravido-puerpéralité.

Elles sont de trois ordres :

- la position parfois haute de l'appendice explique la contamination rapide de la grande cavité abdominale et les irradiations anormales de la douleur exposant aux erreurs de diagnostic.

- Les contractions utérines de la grossesse et la rétraction de l'utérus dans les suites de couches contribuent à modifier les réactions du péritoine et expliquent l'évolution vers la péritonite généralisée de l'appendicite de la deuxième moitié de la gestation et des suites de couches. Il est classique de dire que le péritoine gravide " ne construit pas ".

- Enfin l'anergie gravidique des suites de couches impliquent un état particulier qui fait qu'à partir du 4°mois de la gestation au 7° jour des suites de couches,les femmes en état de gravido-puerpéralité présentent un état de moindre résistance à l'infection.

//- V O L U T I O N E T P R O N O S T I C

L'évolution est à envisager sous différents aspects :

I/ pour la mère on étudiera :

a) l'évolution de la crise appendiculaire avant l'intervention.

b) Le pronostic maternnel

A/ Evolution de la crise appendiculaire :

trois types d'évolution peuvent se voir :

I) refroidissement de l'appendicite mais c'est prendre un grand risque. Que de mécomptes sur cette évolution car les risques de récidives sont fréquents et le pronostic sera d'autant plus grave.

2) Mais ce qui est fréquent et préoccupant et nos observations sont malheureusement la triste illustration, c'est l'évolution vers la péritonite diffuse qui est d'une extrême gravité. Malgré l'intervention le pronostic reste grave en particulier du fait du choc, de la généralisation de l'infection et des complications métaboli (observation n° 6).

B/ La mortalité maternelle :

Selon que l'on s'adresse aux auteurs classiques ou auteurs modernes, les chiffres de mortalité différent et ceci s'explique par l'évolution des techniques chirurgicales et de réanimation et par une meilleur connaissance de l'affection qui fait que le diagnostic est généralement précoce et que l'intervention peu retardée.

- Pour PINARD la mortalité maternelle était de 30 à 40%
- Pour SCHMID elle était de 25%
- Pour les modernes comme JERLOW le chiffre tombe à 9,5%.
- DELBET donne celui de I2,8%.
- Dans notre série statistique nous avons eu à déplorer un décés (observation n° 6) chez une femme ayant une appendicite dans les suites des couches.

Tous nos autres cas ont évolué favorablement. Il s'agit d'une forme clinique particulièrement redoutable.

II/ Le pronostic gravidique.

L'appendicite semble avoir un rôle néfaste sur l'évolution et le pronostic de la gestation. Deux complications sont à redouter :

- l'interruption de la grossesse
- l'accouchement à terme avec retentissement sur le foetus.

A/ Interruption de la grossesse.

La fréquence est variable :

PINARD la caractérisait comme fatale.
GOEDECKE l'a rencontrée dans 50% des cas.
STAHCER donne un chiffre de 60%
FRANKEL quant à lui ne signale aucune interruption.

Dans nos observations nous relevons :

- l'expulsion d'un foetus 7 jours après l'intervention (observation n° 2).
- Un accouchement prématuré d'un enfant pesant I,440 kg. (observation n° 5).
- Un accouchement d'un mort né macéré 8 jours après l'intervention (observation n° 4).

Ainsi les risques d'interruption de la grossesse ne sont pas négligeables puisque sur 6 gestations 3 ont été interrompues.D'où la gravité de l'appendicite pour la poursuite de la grossesse normale. Le pronostic foetal est donc très mauvais.

B/ Quant à l'accouchement à terme avec retentissement sur le foetus.

C'st un fait rapporté par certains auteurs,mais nous n'avons pu le vérifier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I/ RAPPEL DE L'ANATOMIE NORMALE DE L'APPENDICE

D'une manière générale, le diverticule appendiculaire se projette sur la paroi abdominale antérieure au niveau du point de Mac Burney (sur la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure au niveau du tiers moyen). Il ne présente pas de rapport direct avec l'appareil génital. Parfois cependant, lorsque l'appendice est un peu long, il peut venir en contact avec les annexes droites et l'ovaire droit plus particulièrement. Il existe parfois une formation ligamentaire doublée d'une chaîne lymphatique, le "ligament de CLADO ", qui peut relier l'appendice et l'appareil génital féminin. Toute inflammation appendiculaire peut alors retentir sur les organes génitaux, phénomène désigné par SECOND, sous le terme de " flirt appendiculo-ovarien ".

II/ MODIFICATIONS ANATOMIQUES DU PETIT BASSIN CONSECUTIVE A L'ETAT DE GRAVIDO-PUERPERALITE

- Au cours de la grossesse :

l'utérus gravide ne commence à perturber l'ordonnance habituelle des viscères abdominaux que lorsque sa hauteur atteint IO centimètre environ et que son fond se palpe nettement au-dessus du pubis, c'est-à-dire dans le troisième mois. D'une manière générale, la la masse du grêle est refoulée vers le haut pendant que le dôme utérin s'inscrit davantage dans le cadre colique, il en résulte surtout :

a) du côté droit : la création d'une vaste cavité, limitée en dehors par le caecum et le côlon ascendant, en haut par le côlon transverse et le foie, en dedans par la paroi interne de l'utérus. Cette cavité est habité par le seul appendice. Certains auteurs ont défendu l'hypothèse que l'appendice, au cours de la grossesse, suivait l'ascencion de l'utérus : cela pouvait concorder avec le fait que chez la femme enceinte, la douleur a souvent une topographie élevée et qu'elle peut être parfois même épigastrique.

C'est FUTH qui attira l'attention sur le déplacement du caecum et de l'appendice sous l'influence du développement de l'utérus. Après les recherches sur le cadavre datant de I903,FUTH concluait que le caeco appendice se déplaçait dans trois directions au cours de la grossesse :

- de bas en haut vers la région hépatique
- de dehors en dedans en direction de la ligne médiane,
- d'arrière en avant,se rapprochant ainsi de la ligne médiane.

VARNIER,COUVELAIRE,PAN KOW puis HOFFMANN,par des recherches radiologiques,vinrent bientôt infirmer les conclusions de FUTH. Ces auteurs retrouvaient le plus souvent l'appendice en position peu élevée.

Il semble que ces deux constatations peuvent être vérifiées: la coecum peut être libre et l'appendice avec lui se déplacer à l'intérieur de la cavité abdominale au fur et à mesure de l'ascension de l'utérus.

Le coecum le plus souvent est fixé,soit par le ligament de CLADO et l'accolement du méso-côlon ascendant,soit par des adhérences au péritoine pariétal à la suite d'inflammations antérieures. L'appendice dans ce cas,ne subira que très peu de déplacement.

b) En arrière de l'utérus :

Il se forme une vaste cavité représentée par un considérable développement du cul de sac de DOUGLAS,partiellement occupé par une anse segmoïde très mobile.

c) Du côté gauche et en avant,dans le cul de sac utérin,ce qui frappe aussi,c'est l'absence d'anses intestinales et l'importance progressive du vide limité par la paroi abdominale et l'utérus.

- AU COURS DES SUITES DES COUCHES

Dans les suites des couches il se passe des phénomènes inverses à ceux de la gestation. En effet, c'est l'involution utérine et le retour des viscères abdominaux. Ces derniers retrouvent la place qu'ils occupaient avant la gestation. Ces phénomènes durent jusqu'au quarantième jour des suites de couches, date à laquelle l'utérus reprend sa forme antérieure à la gestation.

- LESIONS APPENDICULAIRES RENCONTREES

Ce sont les mêmes que l'on rencontre dans l'appendicite en dehors de la gravido-puerpéralité.

- Appendice rouge congestionné, de l'appendicite catarrhale (observation n° I).

- Pôche de pus cloisonnée par de nombreuses fausses membranes dans l'abcès appendiculaire.

- Appendicite avec gangréne (observation n° 3)

- Perforation de l'appendice (observations n° 4,5,3).

Par ailleurs tous les degrés de réactions péritonéales peuvent se voir : légère réaction locale
péritonite localisée (observation n° 7)
Péritonite purulente (observations n° 6 et 4)
Péritonite diffuse (observation n° 2)
Le plastron appendiculaire
La pelvi péritonite.

Il semble que l'emploi des antibiotiques peut empêcher la généralisation de la péritonite et permettre le cloisonnement.

(/) I A G N O S T I C

Le diagnostic positif de l'appendicite en cours de la gravido-puerpéralité, sera posé sur la constatation des signes exposés dans le chapitre de la symptomatologie. De plus on s'aidera des examens complèmentaires pour appuyer le diagnostic. Ces différents examens sont d'inégale importance.

- Leucocytose sanguine qui signe l'infection, mais n'est pas spécifique de l'appendicite et de la grossesse.
- Même critique vis à vis de la vitesse de sédimentation.
- Quant à la pratique de la méthode de BASTEDO insuflant de l'air d'une sonde dans le rectum pour réveiller la douleur appendiculaire nous ne la citerons que pour mémoire et pour la proscrire.
- Il reste un examen important, c'est celui du culot urinaire après centrifugation et mise en culture qui nous sera d'un grand secours dans le diagnostic différentiel.

Nous envisagerons successivement les diagnostics qui peuvent se poser :

- au début de la grossesse
- à la fin de la grossesse
- a toutes les périodes de la grossesse
- dans les suites de couches.

I/ Diagnostic de l'appendicite dans la première moitié de la grossesse.

Nous étudierons successivement, et par ordre d'importance, les vomissements du début de la grossesse, la torsion d'un kyste de l'ovaire, la salpingite et la grossesse extra-utérine dans leur localisation droite, la menace d'avortement, l'hémorragie au niveau du corps jaune.

a) Dans certains cas,les vomissements du début de la grossesse sont pris pour des vomissements accompagnant une appendicite. L'erreur inverse est beaucoup plus souvent rencontrée et beaucoup plus grave. Il existe une règle absolue chez toute femme enceinte qui vomit,c'est la palpation de la fosse iliaque droite. Cela permettra d'éliminer la possibilité d'une appendicite avant d'attribuer à la grossesse la cause de ces vomissements.

b) La torsion d'un kyste de l'ovaire droit peut prêter à confusion par la communauté de certains de ses symptômes avec l'appendicite. L'examen clinique détaillé et précis,le toucher vaginal combiné au toucher rectal à la recherche d'une masse annexielle trancheront le diagnostic.

c) La salpingite quand elle siège à droite peut être prise pour une appendicite de grossesse. C'est une éventualité exceptionnelle,les annexites gravidiques sont en règle bilatérales..Cette affection est cependant rare au cours de la gravidité; les pertes blanches,la douleur très vive à la mobilisation de l'utérus au toucher vaginal,plaident en faveur de la salpingite.

d) Lorsque la douleur siège dans la fosse iliaque droite,il faudra encore éliminer la grossesse extra-utérine,surtout lors d'un avortement tubaire. Il faudra compter sur les petites crises fissuraires antérieures à répétition,sur les risques de collapsus et d'inondation péritonéale,sur la hauteur utérine insuffisante en regard de l'âge de la grossesse,sur les risques apportés par le toucher vaginal pour éliminer l'appendicite et affirmer la rupture d'une grossesse tubaire. L'erreur de diagnostic,cependant,n'est pas très conséquente,puisque dans les deux cas l'intervention est indiquée et rétablira le diagnostic s'il y a lieu.

e) La menace d'avortement ou l'avortement, surtout après des manoeuvres abortives s accompagnant de réactions péritonéales, peut aussi prêter à l'erreur et simuler l'appendicite. Les contractions utérines et les pertes sanglantes doivent permettrent le diagnostic. L'erreur inverse, qui est de prendre une appendicite pour une péritonite post-abortive , est plus fréquemment rencontrée, et plus grave, car elle retarde l'intervention.

Citons pour méoire :

f) l'hémorragie au niveau du corps jaune qui est exceptionnelle

g) L'appendicite des " situs inversus ".

II/ Diagnostic de l'appendicite dans la deuxième moitié de la grossesse.

Au cours des derniers mois, on pourra hésiter avec une menace d'accouchement prématuré et un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

a) Si la contracture utérine est importante il faudra éliminer la possibilité d'un accouchement prématuré par le toucher vaginal qui montrera l'effacement puis la dilatation du col de l'utérus.

b) Dans le même cas il faudra penser au décollement prématuré du placenta normalement inséré (H.R.P.) et rechercher la possibilité des pertes vaginales, l'augmentation de la dureté exagérée de l'utérus, l'absence de bruits cardiaques foetaux. Dans les antécédents, on relevera fréquemment de l'albuminurie et de l'hypertension artérielle.

III/ Les diagnostics qui se posent à toutes les périodes de lagestation.

a) Le diagnostic d'appendicite peut se poser avec celui d'une occlusion intestinale, une cicatrice abdominale pourra y faire songer. Le problème est cependant de peu d'intérêt puisque la décision thérapeutique est la même et tranchera au besoin le diagnostic.

b) Les coliques hépatiques et néphrétiques présentent, parfois avec l'appendicite, des symptômes communs à ces deux groupes d'affections: douleurs abdominales haute, vomissements.. On pourra les éliminer grâce à leurs signes pathognomoniques (douleur en bretelle dans la colique hépatique, irradiation en écharpe de la douleur de la colique néphrétique.)

c) Mais le diagnostic le plus fréquemment évoqué est la pyelonéphrite : celle-ci est incontestablement plus fréquente que l'appendicite pendant la grossesse et doit attirer d'emblée l'esprit du clinicien. Dans les deux affections existent des signes communs: (température, douleur, dysurie, constipation).

En faveur de la pyélonéphrite, plaident plusieurs éléments : tout d'abord sa fréquence, puis les clochers thermiques et le retentissement vésical (polakiurie, brûlures à la mixtion). La douleur prédominante dans la région lombaire et souvent bilatérale, ses irradiations vers l'uretere. Mais il est des cas, nous avons vu pourquoi en étudiant la pathogénie, où une affection urinaire peut ne se révéler que par une symptomatologie abdominale.

FABRE dans son travail sur les douleurs urinaires, a montré que souvent des cliniciens très avertis ont posé à tort une indication chirurgicale, alors qu'un simple examen du culot urinaire après centrifugation aurait pu rectifier le diagnostic. Ce problème se pose avec le maximum d'intensité pour l'appendicite au cours de la grossesse.

FABRE dit encore " l'appendicectomie est devenue un geste trop souvent anondin,auquel d'aucuns se résolvent sans grands soucis déscriminatoires,ce qui ne va pas sans quelques mécomptes ".

L'examen du culot urinaire après centrifugation s'il montre du pus,des polynucléaires altérés,des colibacilles dans les urines permet de reconnaître une origine urinaire à l'affection. Cet examen evitera ainsi beaucoup d'ereurs diagnostiques. Malheureusement ce n'est pas une loi car il existe des collibaciluries avec pyurie qui accompagnent certaines appendicites et ceci est due à la coprostase. De plus il est des cas ou l'examen des urines s'avère négatif,le rein malade étant bloqué. Dans ces deux derniers cas,la surveillance est de règle,l'aggravation ou la non aggravation des signes fera pencher soit pour l'appendicite,soit pour la pyélonéphrite.

Nous emprunterons la conclusion à MONDOR " le diagnostic différentiel entre ces deux complications de la gestation peut apparaître un des problèmes les plus aigus qui soit ".

IV. Diagnostic de l'appendicite dans les suites de couches.

Il est souvent difficile. Le tableau clinique est très bâtard. C'est trop souvent un diagnostic opératoire ou nécropsique.

a) Péritonisme des accouchées : en dehors de la notion d'une intervention obstétricale grave,il ne pose pas de problème diagnostique difficile : état général conservé,bénignité des symptômes.

b) L'infection puerpérale devra être éliminée devant l'absence de lochies fétides et de débris placentaires et la constatation d'un utérus bien involué avec son col fermé.

c) Le toucher vaginal éliminera la salpingite droite ou le pyosalpinx.

d) La rupture du segment inférieur de l'utérus sera éliminée par une revision utérine soigneuse.

e) Les péritonites non appendiculaires seraient exceptionnelles dans les suites des couches. Elles peuvent être dues à la rupture d'un pyosalpinx ou d'un abcès de la paroi utérine. La conduite thérapeutique reste la même et le diagnostic qui se fait à l'ouverture de l'abdomen est beaucoup plus étiologique que différentiel.

La péritonite puerpérale pose un problème souvent insoluble et c'est à ventre ouvert qu'on fera le diagnostic dans la plupart des appendicites des suites de couches opérées pour péritonites puerpérales.

// H E R A P E U T I Q U E

La thérapeutique consiste ici à discuter les points particuliers posés par la coexistence de l'appendicite et de l'état gravido-puerpéral.

A/ TRAITEMENT MEDICAL

- Il consiste surtout en un traitement anti-infectieux et en un traitement de réanimation.

- Atténuer les douleurs uniquement par l'application de pôche de glace sur la fosse iliaque droite en proscrivant de façon formelle les antalgiques.

- Antibiotiques pour lutter contre l'infection;

- Tubage et réanimation : car nous avons à faire à des malades le plus souvent en mauvais état général, déshydratées ayant un désiquilibre humoral.

B/ TRAITEMENT CHIRURGICAL

I/ Au début de la grossesse.

On pratique l'appendicectomie sans faire d'hystérotomie. Bien plus, on essaie, autant que faire se peut, d'être " loin " chirurgicalement de l'utérus pour ne pas l'irriter.

Dans les suites opératoires immédiates, on institue un traitement conservateur de la grossesse.

2/ Deuxième partie de la grossesse.

C'est le problème de la césarienne. Il ne faut pas toucher à l'utérus surtout quand il y a péritonite et qu'il n'y a pas de segment inférieur. Il faut donner une chance au nouveau né de passer par voie basse.

Cependant ce n'est pas l'avis général. En effet, surtout au voisinage du terme, il a semblé préférable à certains auteurs de faire

d'abord une opération cesarienne afin d'éviter les conséquences du travail qui pourrait se déclencher eventuellement dans les suites de couches.

MICHON avait préconisé la technique de la césarienne extra-péritonéale. Quelquefois l'utérus gravide, vu son volume, peut gêner l'abord du foyer et un traitement chirurgical correct; l'évacuation préalable de l'utérus semble s'imposer.

PORRO : lui a pratiqué l'hystérectomie supravaginale haute dite hystérectomie de sécurité avec drainage et antibiothérapie intensive.

Traitement dans les suites de couches.

L'utérus étant vidé de son contenu, le problème ici n'est pas un problème d'incision, mais d'état général de la malade. C'est surtout la réanimation pré et post opératoire qui influencera le pronostic de l'intervention. Quant à l'intervention elle même, elle consiste à soigner l'appendicite ou la péritonite, s'il y a lieu. Dans les suites opératoires l'antibiothérapie doit être massive et à large spectre quand on sait l'état de moindre résistance dans lequel se trouvent ces malades.

CONCLUSIONS

Que pouvons nous conclure au terme de cette étude ?

I/ L'appendicite liée à la gravido-puerpéralité est rare. Les statistiques donnent une appendicite de la gravido-puerpéralité pour I000 gestations. Un autre facteur augmente cette rareté, c'est que bon nombre de femmes arrivent à la gestation ayant déjà subi une appendicectomie.

La la Maternité de MUSTAPHA en trois ans il a été noté 9 appendicites liées à la gravido-puerpéralité. Soit 2 appendicites pour I000 gestations. Nous pouvons dire aussi que l'appendicite est plus fréquente au début de la gravido-puerpéralité.

II/ Nous avons rapporté 7 observations, (les deux autres ayant été éliminées) réunies parmi les malades hospitalisées à la Maternité de MUSTAPHA . L'étude de ces observations nous a permis d'insister sur les faits suivants :

a) l'appendicite est le plus souvent une péritonite appendiculaire d'emblée et ce quelle que soit la période de la gravido-puerpéralité considérée.

b) Le diagnostic précis en est difficile car il n'existe pas de parallelisme anatomo-clinique et les tableaux cliniques sous lesquels elle se présente sont trompeurs. Deux signes semblent importants pour l'orientation du diagnostic :

- la contracture utérine pendant la gestation
- la douleur au Mac Burney dans les suites de couches.

c) L'appendicite au cours de la gravido-puerpéralité est une affection grave car elle met en jeu le
- pronostic maternnel
- un décès sur sept
- le pronostic foétal : trois interruptions de la grossesse sur 6 gestations.

Cette gravité est liée :

- Au terrain : femmes malnutries, multipares qui luttent mal contre l'infection.

- Mais surtout au retard apporté à l'intervention : et ceci est du à un manque d'éducation sanitaire qui fait que les malades ne consultent que lorsque le tableau est bien évolué et surtout à une infrastructure sanitaire insuffisante : la malade n'arrivant à l'hôpital qu'après maintes péripéties.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON R.E., PONTHIUS G.V. et WITKOWSKI L.J. Une technique modifiée d'appendicectomie durant une grossesse.
Am. J. Surg. Janv. 1957, 93, n°I, 117-118 (Bibliogr.).

ANDRADE SOBRINHO J. (de). Appendicite et grossesse.
Rev. Gin. Obst. Janv. 1955, 49, n°I, 22-40 (Bibliogr.).

BANSILLON, LABRY et RICARD R. Appendicite suppurée survenue au début du travail; césarienne;appendicectomie; guérison.
Gynéc. Obst. 1948, 47, N°6 bis, 1185-1186.

BARBARO G. Appendicite et grossesse.
Thèse Paris, 1926, 80 pages.

BASSETT J.W. Appendicite et grossesse (59 cas).
Am. J. Obst. Gyn. Oct. 1961, 82, n° 4, 828-832(Bibliogr.).

BAYER H. Diagnostic de l'appendicite dans la grossesse.
Zbl. Gyn. 5 Août 1967, 89, n° 31, 1146-1148 (Bibliogr.).

BERETVAS L.A. Grossesse abdominale compliquée d'appendicite aiguë.
Brit. Med. J., 6 av. 1963, n° 5335-932 (Bibliogr.).

BETTZIECHE H. Abdomen aigu et grossesse.
Zbl. Gyn. 23 nov. 1963, 85, n° 47, 1686-1690 (Bibliogr.).

BLACK W.P. Appendicite aiguë et grossesse.
Brit. Med. J. 25 Juin 1960, n° 5190, 1938-1941 (Bibliogr.).

BRONSTEIN E.S. et FRIEDMAN M. Appendicite aiguë au cours de la grossesse. Am. J. Obst.Gyn. 15 juin 1963,86,n°4, 514-516 (Bibliogr.).

BROUSSILOVSKY I.A. Phlegmon de l'utérus gravide après appendicectomie. Akoucherstvo Guinek. (Moscou),1957, n° 4, 113-114.

BURWELL J.C. Jr. et BROOKS J.B. Appendicite aiguë et grossesse.
Am. J. Obst. Gyn. Oct.1959,78, n° 4, 772-775 (Bibliogr.).

BUZYKIN P.F. Association d'une grossesse ectopique évolutive d'une apoplexie ovarienne et d'une appendicite aiguë.
Akoucherstvo Guinek (Moscou). av. 1963, n° 4, 124.

CEUGNIET L.A. Aspect actuel des péritonites appendiculaires au cours de la grossesse, à propos de deux observations. Thèse Lille, 1958, n° 23.

CHARVET F. Appendicite des suites de couches immédiates. Difficulté du diagnostic. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. août-oct. 1960, 12, n° 4, 396.

CHOSSON J. et SERMENT H. Deux observations d'appendicite des suites de couches accompagnée de lésion inflammatoire des annexes. Gynéc. Obst. Suppl. 1954, 6, n°1, 84-86.

CHRYSIKOPULOS. Abcès de l'appendicite au 8ème mois de la grossesse avec forte hémorragie du placenta praevia central. (31° Congrès, sept.1956). Arch. F.Gyn. 1957, 189, 453-454.

COSTA N.P., FALSIA M.V. et FALSIA A. Appendicite et état puerpéral. Sem.Méd. 1er juin 1939, 46, 1242-1253.

COURTY L., FOIRET J. et GOUILLAUD (Mlle). Appendicite aiguë et grossesse. Gynéc.Obst. 1948, 47, n°6 bis, 1083-1085.

COURTY L. et LANGERON P. Appendicite aiguë et grossesse (3 mois et demi); occlusion post-opératoire; réintervention = guérison; continuation de la grossesse. Bull. Ass. Gyn. Obst. 1949, 1, n° 3, 279.

DE GRANDI P. A propos de 2 cas d'appendicite aiguë dans les suites de couches. Gynaecologia, 1968, 166, n° 6, 490-497 (Bibliogr.). (Texte français).

DEKHTYAR E.G. Appendicite et grossesse. Akoucherstvo Guinek (Moscou), juin 1964, n°6, 49-53 (Bibliogr).

DE VOE W., DAY L. et FERRIS O. Grossesse à terme compliquée d'une rupture de l'appendice. Proc.Staff Meet Mayo Clin., av.1947, 22, n°7, 135-141.

DUBOURG G. et MAHON R. Deux cas d'appendicite opérée pendant la gestation avec mort rapide après l'accouchement. Bull. Soc. Gyn. Obst., 1939-1940, n°9, 599-602.

DUBOURG G., MAHON et TINGAUD. La péritonite appendiculaire au cours de l'état gravido-puerpéral. Diagnostic et traitement. Bordeaux chir., oct.1951, n°4, 143-159 (Import.Bibliogr.).

DUBOURG G., MAHON R., et TINGAUD R. Traitement des péritonites appendiculaires au cours de la période gravido-puerpérale.
Gyn.Obst. (suppl.), 1951, 3, n° 3, 453.

DUFEK H. et WASL H. A propos de l'appendicectomie au cours de la grossesse.
Chirurg, juil. 1961, 32 n° 7, 329-331 (Bibliogr.).

DURST J., PFLEIDERER A. et RICHTER H. Appendicite et grossesse.
Deutsche Med.Wschr., 13 fév.1970, 95, n°7, 323-326.

EFIMOV B.I. Le traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte.
Khirurguiia, 1959, n° 3, 48-51 (Résumé anglais).

ERBSLOH J. Une contribution au diagnostic de l'appendicite au cours de la grossesse.
Chirurg, sept. 1951, 22, n° 9, 403-405.

FAVREAU, KLEIN et BERANGER. Appendicite aiguë et gestation; intervention chirurgicale.
Bull. Soc. Gyn. Obst., mars 1939, 28, n° 3, 180-181.

FERRARI B., MAZZA A. et DIVERSI F. Appendicite et grossesse. Policlinico (sez. prat.), 23 déc. 1963, 70, n° 51, 1833-1856 (Import. Bibliogr.) (Résumé français).

FIRPO J.R. Appendicite et grossesse.
Semana méd., 11 juin 1959, 66, n° 3422, 791-793.

GARMIER R., SAUNIER J. et REBOUL J. Appendicite gangréneuse et fin de grossesse.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7, n° 3, 302-303.

GAUTRET. Appendicite et grossesse.
Bull. Soc. Gyn. Obst., nov 1938, 27, n°9, 688-690.

GAVEL M. Péritonite appendiculaire en trois temps à cinq mois de grossesse.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., nov-déc. 1963, 15, n°5, 618-619.

GEISTHOVEL W. Appendicite et grossesse.
Münch.Med.Wschr., 21 déc. 1951, 93, n°51, 2555-2559.

GOIRAND R. et MARTIN-LAVAL J. L'appendicite aiguë au cours du travail. Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., I953, 5, n° 2, 20I-202.

GRURMIK B.M. Le traitement d'une appendicite aiguë pendant la grossesse dans les conditions d'un hôpital rural. Akucherstvo Guinek.(Moscou),nov-déc.I960,n°6, 99-I00.

GUILHEM P., PONTONNIER A.,BAUX R.,MONROZIEZ M. et ESPAGNO G. Péritonite appendiculaire généralisée au 8ème mois de gestation. Gynéc.Obst.,I952,4, n°I, I72-I73.

HANNEMANN R. Appendicite perforante au cours de l'accouchement. Zbl.Gyn.,20 déc.I969, 9I, n°5I, I676-I678 (Bibliogr.).

HELMSTADTER R. Contribution à l'appendicite au cours de la grossesse. Bruns-Beitr.Klin.Chir.,I953, I87, n°I, 63-7I (Bibliogr.).

HENTSCHEL M. et HEMSENDORF K. Appendicite et grossesse. 78ème Congrès Soc. allemande Chir.,av.I96I, in Langenbecks Arch. Klin. Chir. I96I, 298, 5II-5I7 (Bibliogr.).

HOFFMAN E.S. et ZUZUKI M. L'appendicite aiguë dans la grossesse. Western J. of Surgery,Obstétrics and Gynecology,av.I950, 58,: I47, Int.Surg.Dig.,juin I950,49, N°6, 370-37I.

HOFFMA N E.S. et SUZUKI M. Appendicite aiguë au cours de la grossesse. Une étude portant sur dix ans. Am.J.Obst.Gyn.,juin I954, 67, n°6,I338-I350, I3 tabl. (Bibliogr.).

JAMAIN B.,LETESSIER A . et SCHEFFER. Péritonite appendiculaire et grossesse. Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst.,I959, II, n°4 bis, 387-389.

JORGENSEN M.B. Appendicite récidivante à chaque trimestre de la grossesse avec compte-rendu d'un cas dans chaque trimestre. Am. J. Surg.,sept. I952,84, n° 3, 33I-334 (Bibliogr.).

JOYEUX R. Occlusion intestinale après appendicectomie et en cours de grossesse. Montpellier chir.,I957, n°I2, 255-258.

KALMANOVITCH K.M. et DOUBINSKY M.B. Appendicite aiguë et accouchement. Akoucherstvo Guinek.(Moscou), I958,n°3,I08-I09.

KENDALL R.B. Appendicite aiguë et grossesse : relation de 3 cas. Méd.J.Australia,I8 déc.I954,2, n° 25, 970-97I (Bibliogr.).

KERMARREC P. Contribution à l'étude des rapports de l'appendicite et de la grossesse (normale et ectopique). Thèse Paris,I946,n°27I, I09 pages.

KHODZHASHVILI G.P. Un cas de perforation appendiculaire avec grossesse tubaire. Khirourguia (Moscou), oct. I963, n°I0,I28-I29.

KING R.M. et ANDERSON G.V. Appendicite et grossesse. California Méd. sept.I962,97,n°3,I58-I62 (Bibliogr.).

KOSBAGAROV A.A. Appendicite et grossesse. Akoucherstvo Guinek. (Moscou),I959,n°I, 5I-54 (Résumé anglais).

KRIEG E. Appendicite survenant au cours de la grossesse. Am. J. Obst.Gyn.,av.I949,57,n°4,736-74I.

LAFORET C.C. Appendicite et grossesse. Rev.clin.espanola,3I juil.I949,34,n°2, II0-II5 (Bibliogr.).

LAFFONT et EZES. Soc.Obst.et Gyn. Alger I936. p.587.

LAFFONT et EZES. Soc.Obst. et Gyn. Alger I934 p.5I3

LAFFONT et JAHIER. Soc.Obst. et Gynéc. Alger I930 p.429.

LAKE M. Le traitement chirurgical de l'appendicite dans la grossesse. Méd.J.Australia,29 déc.I956,43,n°26,950-952 (Bibliogr.).

LA SELVE A.,CHARTON Y. et BON M. Trois observations d'appendicite au cours de l'état gravido-puerpéral. Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst.nov-déc.I960, I2, n° 5, 606.

LA SELVE A.,CHARTON Y. et BON M. Trois cas d'appendicites opérées au cours de l'état gravido-puerpéral. J.Méd.Lyon,20 mars I96I, n° 985, 455-460.

LEE R.A .,JOHNSON C.E. et SYMMONDS R.E. Appendicite au cours de la grossesse.
J.A.M.A., I3 sept.I965,I93,n°II, 966-968 (Bibliogr.).

LEWIN D. Affections de l'appareil digestif au cours de la gravido-puerpéralité.
E.M.C.,OBSTETRIQUE,fasc. 5045 CIO,4-I963, p.9.

LIENARD J. et TORRE M. Appendicite de fin de grossesse et du travail.
Gynéc.Obst., I948, 47, n°4, 576-577.

LLOYD-GREEN L. et MAC LEOD A. Grossesse à terme compliquée d'appendicite aiguë.
Méd.J.Australia,I2 mai I95I,38,n°I9,695.

LYONNET R.,POUZET F.,BLANC P.M. et LANC A. Appendicite péritonite au 8ème mois de la grossesse; appendicectomie et drainage sans évacuation de l'utérus; évolution ultérieure de la grossesse jusqu'au voisinage du terme; enfant vivant.
Gynéc. Obst., (suppl.), I954, 6, n°2, 2II-2I2.

MAHON,TINGAUD et FAUGERE. Péritonite après appendicectomie chez une femme enceinte de 5 mois et demi; césarienne; Mickulicz; choc très grave; guérison.
Gynéc.Obst.,I948, 47, n°6 bis, I038-I04I.

MAHON,TINGAUD et FAUGERE. Péritonite après appendicectomie chez une femme enceinte de 5 mois et demi.Césarienne.Mickulicz. Choc très grave. Guérison.
J.Méd.Bordeaux,oct.I948,I25,N°I0,477-479.

MAHON,DUBOURG,TINGAUD (Rapporteurs). La péritonite appendiculaire au cours de l'état gravido-puerpéral. Diagnostic et traitement.
Bordeaux chir.,oct.I95I,n°4, I60-I6I.

MAHON R.,DUBECQ J.P. et LENG J.J. Péritonite appendiculaire à 4 mois de grossesse. Appendicectomie. Guérison.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst.,sept-oct.I965,I7, n°4,353.

MEHARG J.G. et LOOP F.A. L'appendicite aiguë durant la grossesse.
Obst.Gynéc.,av.I953, I : 460 -in internat. Surg. Dig.,Juil. I953,56, n° I, 42-44.

MEILING R.L. Appendicite compliquant la grossesse, le travail, puis le post-partum.
Surg.Gyn.Obst., oct.1947, 85, n°4, 512-522 (Bibliogr.).

MERGER. Les appendicites au cours de la grossesse et de la puerpéralité à la Clinique Tarnier pendant les douze dernières années.
Bull.Soc.Gyn.Obst., mai 1939, 28, n°5, 314-317.

MERGER R., ARNAVIELHE et GAUD R. De la péritonite appendiculaire au cours de la grossesse.
Bull.Soc.Gynéc.Obst., 1951, 3, n°1, 71-73.

MERZ W.R. Indications des interventions chirurgicales et gynécologiques au cours de la grossesse. Bibl.gyn. (suppl.) Gynaecologia), 1957, 5, n°15, 5-87, 5 tabl. (Bibliogr.).

MICHELE C.T., KNORR J.K. et SHEARBURN E.W. Appendicectomie effectuée durant le 1er stade du travail.
Am.J.Surg., sept.1956, 92, n°3, 480-481 (Bibliogr.).

MIKULICZ-RADECKI F. L'appendicite au cours de la grossesse.
Méd.Klin., 8 oct.1954, 49, n° 41, 1644-1649, 3 fig. (Bibliogr.).

MOINE M. Appendicite aiguë chez une femme enceinte de 8 mois.
Bull.Ass.Gyn.Obst., 1950, 2, n°1, 79.

MONGERMON Y. Appendicite et stérilité.
Bull.Ass.Gyn.Obst., 1949, 1, n°4, 341-344 (Bibliogr.).

MULLER D. Les complications chirurgicales les plus importantes dans la cavité abdominale. Münch.med.Wschr., 20 av.1962, 104, n° 16, 719-724 (Bibliogr.). (Résumé français).

MULLER P., DELLENBACH P. et LEVY G. L'appendicectomie au cours des laparotomies gynécologiques et obstétricales.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., nov-déc.1965, 17, n°5, 533-535.

NELKEN S. et GARNIER M. Appendicite au début du 8ème mois.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., janv-fév.1961, 13, n°1, 61.

NEUMANN E. et FAVIER J.P. Torsion d'appendice épiploïque au troisième jour des suites de couches.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., janv-mars.1963, 15, n°1, 78.

PAILLEZ R., DELECOUR M., SAVARY J. et VITSE M. Péritonite appendiculaire au cours de la grossesse. A propos de 2 observations.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., août-oct.1958, 10, n° 4, 404-405.

PANTCHENKO A. Caractéristiques cliniques de l'appendicite au cours de la grossesse. (Analyse in Minerva Med).
Minerva Med., 28 av. 1948, I, n° 17, 425.

PARKER R.B. Appendicite aiguë à la fin de la grossesse.
Lancet, 19 juin 1954, 266, n° 6825, 1252-1257 (Bibliogr.).

PECKHAM C.H. et KING R.W. Etude des affections intercurrentes rencontrées pendant la grossesse.
Am.J.Obst.Gyn., 1er nov.1963, 87, n°5, 609-624, 9 tabl.

PFLEIDERER A. Jr. Appendicite et accouchement.
Deutsche med.Wschr., 12 oct.1962, 87, n° 41, 2072-2080, 6 tabl. (Bibliogr.).

PHLIPPE. Grossesse : appendicite aiguë; hydramnios aigu; ponction et césarienne.
Bull.Ass.Gyn.Obst., 1949, I, n°3, 219-220.

PODLESCHKA K. Péritonite ascensionnelle dans un cas de grossesse jeune retenue.
Zbl.Gyn., 1951, n°16, 1320-1324.

POMMIER M. Réflexions cliniques et thérapeutiques. A propos de dix cas d'appendicite et grossesse.
Bull. Féd.Soc.Gyn.Obst., janv-mars 1963, 15, n°1, 112-113.

POMMIER M., BRIZON J., LECONTE C. et BOISRAME M. Réflexions cliniques et thérapeutiques, à propos de 10 cas d'appendicite et grossesse.
Gynéc. et Obst., nov-déc.1963, 62, n° 5, 649-662.

PRIDDLE H.D. et HESSELTINE H.C. L'appendicite aiguë chez la femme enceinte.
Am.J. Obst. Gyn., juil.1951, 62, n°1, 150-155.

RAVINA, JAMAIN et SALINESI. Appendicite des suites de couches.
Gyn.et Obst., 1944, 44, n° 1-2-3, 22-23.

RENN A.C., DOUGLASS L.P. et CUSCHMAN G.F. Appendicite perforée avec péritonite généralisée et grossesse à terme.
Am. J. Obst.Gyn., déc.I95I, 62, n° 6, I343-I346.

RICHTER K. et GRABNER K. Début de grossesse douloureux. Diagnostic différentiel de l'appendicite chez la femme enceinte.
Zbl.Chir.I8 sept.I965,90, n° 38, 2039-2043 (Bibliogr.).

RIVIERE M. Appendicite au cours de l'état gravido-puerpéral.
J.Méd.Bordeaux,mai I945, n° I7-I8, 3I4-3I6.

RIVIERE M. et DUBOURG G. Péritonite appendiculaire au sixième mois de la gestation. Appendicectomie hystérectomie. Guérison.
J.Méd.Bordeaux,I5-28 fév. I943, n° 3-4, 63.

RIVIERE M.,CHASTRUSSE L.,PUIG A. et BOURSIER D. Appendicite du travail à 7 mois et demi de grossesse. Césarienne + appendicectomie. Guérison.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst.,nov-déc. I957, 9, n° 5,539.

SANDER M. Une contribution au diagnostic différentiel des processus aigus de la partie haute de l'abdomen,en particulier diagnostic d'appendicite et grossesse.
Zbl.Chir., I955,77,n°9,339-343.

SCHARPLATZ A. Appendicite et grossesse. Schwezi.Med.Wschr.,24 mai I947, 77, n° 20-2I, 55I-552, I fig. (Bibliogr.).

SCHELPERT J.W. Appendicite aiguë chez les malades obstétricales.
New-York State J. Med.,Ier déc.I96I, 6I, n°23, 4032-4037.

SCHUBERT E. L'importance du " rein muet " pour le diagnostic différentiel de l'appendicite au cours de la grossesse.
Zbl. Gyn., I955, 77, n° 3, II8-I20, 2 fig.

SENTENAC M. et MAGENDIE J. Un cas de péritonite toxique en fin de grossesse.
C.R. Soc.franç.Gyn.,av.I960, n° 4, 276-277.

SERMENT H. et DUITTOZ E. A propos du traitement de l'appendicite aiguë et grossesse ".
Gynéc.Obst., I952, 5I, n° 3, 264-270.

SKAMNAKIS S.N. Appendicite grave et accouchement.
Zbl.Gyn.2 janv.1965, 87, n° 1, 34-36 (Bibliogr.).

SOELLING W.M. Appendicite et grossesse.
Am.J.Obst.Gyn., déc.1958, 76, n° 6, 1291-1293.

SPRONG D.H. Jr. et POLLOCK W.F. L'appendicite aiguë compliquant une grossesse.
California Med., nov.1959, 91, n°5, 258-260. (Bibliogr.).

STOEKEL W. Signification de l'appendicite en gynécologie et en obstétrique.
Zbl. Gyn., 30 oct.1943, 67, n° 44, 1641-1661.

THOMFORD N.R., PATTI R.W. et TETERIS N.J. Appendicectomie pendant la grossesse.
Surg.Gyn.Obst., sept1969, 129, n° 3, 489-492.

TIMERMAN H.J. Appendicite " post-partum ". Relation de deux cas.
Amer.J.Surg., janv.1942, LV, n° 1, 138-140 (Bibliogr.).

TINGAUD et CHASTRUSSE . Péritonite appendiculaire chez une femme enceinte de 6 mois.
Gynéc.Obst., 1948, 47, n°6, bis, 1043-1044.

TURNER S. et WEISS M. Appendicite suppurée aiguë et grossesse à terme.
Am.J.Obst.Gyn., nov.1948, 56, n° 5, 1003-1005 (Bibliogr.).

ULLRICH R. Appendicite au cours de la grossesse avancée.
Zbl.Gyn., 29 juin 1963, 85, n° 26, 911-913.

VERGOZ C., HOUEL J.E. et CASANO. Péritonite généralisée appendiculaire au 7ème mois de la grossesse; opération de Portes; guérison.
Gynéc.Obst., 1948, 47, n°6 bis, 1004-1003.

VERMELIN H., GROSDIDIER J. et DELLESTABLE P. Un cas d'appendicite et grossesse.
Bull.Féd.Soc.Gyn.Obst., juil-sept.1961, 13, n°4, 479-480.

WEDENSKI K.K. L'appendicite aiguë et la grossesse.
Akoucherstvo i Guinekologuia, janv-fév. I953, n°I, 68-7I.

WEST R.T. L'appendicite au cours de la grossesse.
Am.Surgeon, juin I960, 26 : 425. In Internat. Surg.Dig., nov. I960, 69, n° II, 66I-662.

WRUHS O. Diagnostic différentiel rare de l'appendicite au cours de la grossesse.
Zbl.Chir., 24 déc. I966, 9I, n° 52, I958-I96I.(Bibliogr.).

ZASLAVSKY L.D. L'appendicite aiguë au cours de la grossesse en tant qu'erreur de diagnostic.
Akoucherstvo Guinek. (Moscou)., I959, n° I, 55-57 (Bibliogr.) (Résumé anglais).

ZEIGLER R.F. et LAWRENCE K.G. Appendicite perforée avec péritonite généralisée dans la fin de la grossesse.
Am.J.Obst.Gyn., janv.I954, 67, n° I, I52-I54 (Bibliogr).

ZYNGERMAN H. Symptomatologie et traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte.
Thèse Paris, I3 nov.I946, n° 76I, 20.

TABLE DES MATIERES

PAGES :

INTRODUCTION I

CONSIDERATIONS GENERALES 3

RESUME DE NOS OBSERVATIONS 7

CLINIQUE 31

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE 41

EVOLUTION ET PRONOSTIC 48

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 51

DIAGNOSTIC 55

THERAPEUTIQUE 62

CONCLUSIONS 65

BIBLIOGRAPHIE .....